



ገብረት መረዳጃ ማህበር
Hebret Mutual Aid Society

የተወካይ መጠሪያ ቅጽ

Individual Designations Form

ማሳሰቢያ

ይህ ደብዳቤ በኖታሪ ፕብሊክ ፊት መፈረም አለበት ፈራሚው በኖታሪ ፕብሊክ እራሱን አዎንታዊ በሆነ መንገድ ማሳወቅና ሰነዱን በፈቃደኝነት እንደፈረሙ አምኖ መቀበል አለበት።

NOTICE: The signer must personally appear before the Notary Public; the signer must be positively identified by the Notary Public and the signer must acknowledge having willingly signed the document.

አባል ቁጥር (ይህ የገብረት አባል መታወቂያ ቁጥር አዲስ ቁጥር ነው)
Hebret (HMAS) member # (Note: this is a new member number) _____

የአባል ሙሉ ስም
Member Name: _____

አድራሻ
Address: _____

ስልክ ቁጥር
የአባል ኢሜል/ ከሌለዎት የልጅ ወይ የቤተሰብ
Phone: _____ member Email if not Family email _____

ተቀዳሚ ተወካይ

Individual Primary Designee

የተወካይ ስም
Name: _____ ግንኙነት/ዝምድና
Relationship: _____

የመኖሪያ አድራሻ
Address: _____

የስልክ ቁጥር
Phone Number: _____

እባክዎ ከሶስቱ አንዱን መታወቂያ ይሙሉ (Please fill one form of Id)

የመንጃ ፈቃድ ቁጥር / አገር
Driving License Number/State _____ የመንግስት መታወቂያ ቁጥር
Government issued ID _____

ፓስፖርት ቁጥር
Passport Number _____ የተሰጠበት አገር
Issuing Country _____

Hebret Mutual Aid Society, Inc--7961 Eastern Ave NW Ste# 301, Silver Spring, MD 20910-- Email: Hebret2021@gmail.com

ሁለተኛ ተወካይ

Individual Secondary Designee

የተወካይ ስም

ግንኙነት/ዝምድና

Name: _____ Relationship: _____

የመኖሪያ አድራሻ

Address: _____

የስልክ ቁጥር

Phone Number: _____

አባክዎ ከሶስቱ አንዱን መታወቂያ ይሙሉ (Please fill one form of Id)

የመንጃ ፈቃድ ቁጥር / አገር

የመንግስት መታወቂያ/ ፓስፖርት

Driving License Number/ State _____ Government issued ID _____

ፓስፖርት ቁጥር

የተሰጠበት አገር

Passport Number _____ Issuing Country _____

ለኅብረት መረዳጃ ማህበር የቦርድ አመራር

እኔ _____ የኅብረት መረዳጃ ማህበር አባል ለመሆን ይህንን ቅጽ ስፈርም የመተዳደሪያ ደንብና መመሪያዎች በማንበብና በመረዳት መብትና ግዴታዎን በሚገባ አውቄ ነው። ከዚህ በላይ ለተጠቀሱት ግለሰቦች ሙሉ ውክልና መስጠቴን በፊርማዬ አረጋግጣለሁ።

For Hebret Mutual Aid Society Inc, Board

I _____ agree to be bound by the Bylaws and Membership Manual of the Hebret Mutual Aid Society, Inc, having read and understood all the stated terms and conditions thereof. I confirm with my signature that I have given full power of attorney to the above individuals as my Primary and Secondary designees.

Signature _____ Date _____

**ለኖታሪ አጠቃቀም ብቻ
For Notary Use only**

Notary Signature: _____

Your Name: _____

Executed this _____ Day of _____, 20 ____

County of _____ State of _____

My commissions Expires: _____

Reviewed by HMAS officer _____

Request status: Approved _____ Denied _____